

Det Kongelige Barne-, Likestillings- og
Inkluderingsdepartement
Postboks 8036 Dep
0030 OSLO

Vår referanse
10/6319-2/ANGRAV
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv
008

Dato
25.08.2010

Høringsuttalelse til NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Innstilling fra utvalg for bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge.

**Fra St. Olavs Hospital
Barne- og ungdomsklinikken
v/ Klinikksjef Anne-Björg Nyseter
Koordinator for habilitering Torleif Hugdahl**

Vedlegg:

**Forslag til retningslinjer for
Samarbeid mellom St. Olavs Hospital og kommunene i Sør-Trøndelag om koordinerte
tjenester til barn som trenger det på grunn av sykdom, psykiske vansker eller annen
funksjonsnedsettelse.**

Barne- og ungdomsklinikken ser svært positivt på at temaet bedre samordning av tjenester til utsatte barn og ungdommer løftes fram. Det er et komplisert område, kanskje fordi det i sin natur ikke bare dreier seg om barn og unge, men om hvordan gi helhetlige tilbud til mennesker gjennom hele livsløpet. Den generelle styrkingen av de offentlige tjenestene de siste tiår, har parallelt skapt en større grad av spesialisering som i sin tur har gitt manglende koordinering og helhetstenkning.

Hovedinntrykket etter gjennomlesning av NOUen er at en kanskje ikke fullt ut makter å ta det ønskede helhetsperspektivet. I for stor grad vektlegger forhold innen barnevern og psykiatri og forholdet mellom disse. Somatikken og barnehabiliteringen drøftes lite, etter vår mening for lite. Barne- og ungdomsklinikken (BUK) har bl.a. spesialiserte tjenester for barn og unge med kroniske sykdommer, livsstilsrelaterte tilstander og funksjonsnedsettelse av ulike årsaker. Dette gir i sin tur ofte behov for flere tjenester innen sykehuset, ofte i samarbeid med psykiatrien, med behov for spesiell oppfølging og tjenester i hjemkommunen.

En helhetlig tilnærming til disse familiene betyr å tenke helhet på tvers og på langs. Hverdagen og tjenestene til det enkelte barn, den enkelte familie må i hverdagen oppleves helhetlig og rettes inn mot god egenmestring. Samtidig må de tjenester som gis ses i et livsløpsperspektiv, i denne sammenheng spesielt viktig for overgangen til voksenlivet.

Våre kommentarer kan sammenfattes slik:

- Somatikken og barnehabiliteringen må vektlegges sterkere.
- Utvalgets forslag ift. Individuell plan (IP) er positive, men tida er kanskje moden for å gi planens innhold større juridisk styrke?

- Personlig koordinator.
Forslaget støttes. Samtidig bør det problematiseres hvordan koordinering innen spesialisthelsetjenesten på tvers av ulike instanser skal sikres.
- Tidlig innsats.
Forslaget om kartlegging av barns utvikling i barnehagen støttes. I det/de kartleggingsverktøy som velges må det legges inn vurderinger av barns helse og utviklingsnivå.
- Finansieringsordninger.
Dersom disse skal brukes som incitament til tverrfaglighet innen spesialisthelsetjenesten og mellom denne og primærhelsetjenesten må også takstsystemet innen somatikken og den spesialiserte habiliteringstjenesten gjennomgås med dette for øye.
- Retningslinjer for samarbeid.
Referert under har BUK deltatt i et arbeid med retningslinjer for samarbeid mellom nivåene. Dette forslaget legges ved som vedlegg.
Kanskje forslaget kan være nyttig for andre?
- Fastlegens rolle.
Vi er uenig i utvalgets forslag om å redusere fastlegens rolle bl.a. ift. henvisninger til Barne- og ungdomspsykiatrien. Dette er bl.a. klart i strid med intensjonene i Samhandlingsreformen, og trolig en lite framtidsrettet strategi.
- De statlige pedagogiske kompetansesentrene.
Det bør vurderes å samordne sentrene med habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenestene.
- Overgangene.
Dette omhandles for lite og bør problematiseres ytterligere.

Under refereres de ulike forhold mer utførlig

- **Individuell plan.**
Viktigheten av Individuell plan (IP) foreslås styrket gjennom å lovforankre ordningen i opplæringsloven og barnehageloven. Dette er viktig fordi barnets hverdag foregår i stor grad nettopp i barnehage og skole. I den praktiske hverdagen vil lovendringen gjøre at en lettere kan trekke personalet i barnehage og skole med i arbeidet og kunne samordne ulike planer rundt det enkelte barn.
Individuell plan har til nå ikke fungert godt nok. Tida bør være moden for større endringer. IP bør gis sterkere juridisk kraft gjennom helt eller delvis å gi brukeren rettigheter på tjenester, ikke bare en rett til en plan.
En bør også gjennomgå ulike planers status ift. IP. Spesielt bør Individuell opplæringsplan(IOP) status ift. IP drøftes. De burde kanskje samordnes?
- **Rett til personlig koordinator.**
Forskriftsfesting av retten til en personlig koordinator for brukere med IP er positiv. Det vil kreve et helt annet fokus på opplæring og status av de personlige koordinatorene. En fare er overbyråkratisering av ordningen. IP skal være brukerens plan. Brukeren må derfor som et minimum høres og ha stor innflytelse på hvem som skal være deres personlige koordinator. Dette må legges inn i forskriften.
Det må også kunne åpnes for at den personlige koordinatoren i få tilfeller, og gjerne bare over noe tid kan rekrutteres fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan være tilfelle for barn med omfattende hjelpebehov, hvor IP kan være initiert, kanskje utarbeidet innen spesialisthelsetjenesten i tråd med lov og forskrifter.
- **Tidlig innsats.**
Vi ser positivt på utvalgets forslag om en rutinemessig kartlegging av barns utvikling ut over vurderinger som gjøres på helsestasjonen. Barnehagen som arena for barnas naturlige lek og aktivitet gir sammen med at det her er godt kvalifisert fagpersonale et godt utgangspunkt for kvalitative gode observasjoner. Denne type kartlegging vil dessuten gi et godt grunnlag for

samarbeid med annet fagpersonale og instanser. Kartleggingen må inneholde vurderinger også om barnets helse og utviklingsnivå.

– **Finansieringsordninger.**

Det problematiseres at takstsystemet innen Barne- og ungdomspsykiatrien ikke i tilstrekkelig grad legger til rette for samarbeid med andre tjenester. Det samme, i enda større grad gjelder somatikk og habilitering. Det er arbeidet med dette de siste årene, men det er langt igjen. Utover motivasjon til samarbeid bør takstsystemet avspeile at arbeid med barn og unge er komplekst fordi barnas liv så sterkt virker inn på hele familien.

– **Lokale retningslinjer for samarbeid.**

I Sør-Trøndelag har vi i dag retningslinjer for samarbeid med kommunene ift. habilitering. Disse retningslinjene er nå under revidering og vil trolig bli vedtatt på Administrativt samarbeidsutvalg(ASU) på sitt møte i august. De nye retningslinjene er laget i samarbeid med kommunerepresentanter og Barne- og ungdomspsykiatrien. En målsetting er å utarbeide tjenlige samarbeidsformer mellom nivåene og innen spesialisthelsetjenesten for den enkelte pasient/bruker, uavhengig av hvilken spesialisthelsetjeneste tjenestene gis i. Forslaget ligger ved som vedlegg.

– **Fastlegenes rolle i samordningsarbeidet.**

Samhandlingsreformen vektlegger sterkt fastlegenes sentrale rolle i kommunenes tjenestetilbud. Fra BUK har vi de siste 10 år mer og mer krevd fastlegenes deltagelse i lokalt tverrfaglig arbeid og bl.a. strengt krevd at henvisninger skal skje fra fastlegen. Vår erfaring er at dette gradvis har økt deres deltagelse på en positiv måte. Vi er skeptisk til å redusere fastlegenes rolle ift. henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten.

– **De statlige pedagogiske kompetansesentrene.**

Midtlyngutvalget har lagt fram forslag om å redusere antall sentre. Dette har vi ingen formening om, men vi ser et stort behov for spesialiserte tjenester inn mot det pedagogiske systemet. Vårt anliggende er at det i dag er spesialisert pedagogisk kompetanse både innen kompetansesentrene og ved Habiliteringstjenestene. Vi tror at en samordning av disse to instansene vil kunne gi kvalitetsmessig bedring og kunne skape mer helhetlige oversiktlige tilbud for brukerne.

– **Arbeid med overgangene.**

Erfaringsmessig oppleves overgangene som spesielt belastende for familier med barn og unge med omfattende behov for tjenester. Overgang til barnehage og mellom skoleslag er vanskelig. Spesielt vanskelig oppleves overgangen til voksenlivet. Da må familiene ofte måtte forholde seg til et helt nytt sett av instanser og lovverk. For barn og unge som krever foreldre og andre nærpersoner i slike prosesser er dette en stor ekstra belastning. Lov om barnevern har fortjenstfullt nok løsnet på denne rigide aldersdelinga.

Det bør arbeides videre med ordninger, for eksempel innen arbeidet med IP, som gjør overgangen til voksenlivet lettere.

Vedlegg 1.

Retningslinjer for

Samarbeid mellom St. Olavs Hospital og kommunene i Sør-Trøndelag om koordinerte tjenester til barn som trenger det på grunn av sykdom, psykiske vansker eller annen funksjonsnedsettelse

1. Omfang

Retningslinjen gjelder for alle kommuner i Sør-Trøndelag og for St. Olavs Hospital ved somatiske avdelinger, Habiliteringstjenesten for barn og Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk.

2. Hensikt

Hensikten med retningslinjene er å sikre barn koordinert hjelp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen når:

- spesialisthelsetjenesten vurderer at det er behov for sammensatte tjenester fra kommunen.
- kommunen vurderer at det er behov for tverrfaglig utredning, oppfølging og eventuelt behandling i spesialisthelsetjenesten

3. Bakgrunn

Retningslinjene skal sikre en struktur for samarbeid på individnivå mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Sør-Trøndelag. Pasienten skal møte et helsevesen som preges av rask ansvarsavklaring, tydelig oppgavefordeling og ensartet opptreden, og dermed oppleve et sammenhengende tjenestetilbud.

Styrende dokumenter:

Forvaltningsloven, Pasientrettighetsloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Psykisk helsevernloven, Kommunehelsetjenesteloven, Sosialtjenesteloven, Opplæringslova, Barnevernloven og Helsepersonelloven.

Forskrift om Individuell plan, Forskrift om habilitering og rehabilitering og Forskrift om utskrivingsklare pasienter, Forskrift om fastlegeordning i kommunene, Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, Samarbeidsavtale mellom St. Olavs Hospital og kommunene i Sør-Trøndelag

Relaterte dokumenter:

Nasjonal handlingsplan for habilitering av barn og unge.

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplaner/handlingsplan_for_habilitering_av_barn_og_unge_548974

Stortingsmelding 21 (1998-99), *Ansvar og meistring*.

Prioriteringsveileder- psykisk helsevern for barn og unge.

<http://www.helsedirektoratet.no/prioritering>

4. Ansvar

Koordineringsarbeid er i utgangspunktet et tverrfaglig ansvar og skal sikre at tjenestene ytes forsvarlig. Alt fagpersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunen som samarbeider rundt barn med behov for koordinerte tjenester, skal i sin tjenesteyting følge retningslinjene. I tillegg til helsepersonell gjelder den også for personell knyttet til kommunens pedagogiske system og den kommunale barnevernstjenesten.

5. Definisjoner

Barn brukes her som betegnelse for pasienter opp til 18 år.

Foresatte brukes her om de som har omsorgen for barnet.

Spesialisthelsetjenesten brukes her om St. Olavs Hospital ved somatiske avdelinger, Habiliteringstjenesten for barn (Trondsletten Habiliteringssenter) og Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk.

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til barnets egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Koordinert hjelp kan være aktuelt når barnet har sammensatte vansker og behov for tiltak fra flere instanser, har behov for og ønsker individuell plan for koordinering og oversiktlig bistand, eller har mulighet til å vedlikeholde eller bedre livssituasjonen gjennom tiltak rettet mot to eller flere områder. Dette kan gjelde helsetilstand, funksjonsnivå, aktiv deltakelse på ulike livsområder og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 13 sier det skal finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Enhetenes rolle kan være å ha god oversikt over tilbud som finnes og være kontaktpunkt for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. (Se Stortingsmelding 21 (1998-99), *Ansvar og meistring*).

Utskrivningsklar

Behandlingsansvarlig lege/psykolog avgjør når pasienten ikke lenger har behov for utredning og behandling i sykehusavdeling.

Utskrivning av pasienter med behov for sammensatte tjenester krever en utvidet vurdering og skal skje i samarbeid med kommunen før avgjørelser tas mht. forutsetninger og dato for utskrivning.

For at pasienten skal være utskrivningsklar fra avdelingen, må følgende være avklart tverrfaglig:

- Utredning og behandling skal være tilfredsstillende både for de tilstander som førte til innleggelse og for eventuelle komplikasjoner som følge av disse og eventuelle tilleggssdiagnoser.
- Behandling som skal videreføres av primærhelsetjenesten, skal være initiert.
- Hjelpemidler som er nødvendige for at pasienten skal kunne utskrives fra sykehuset, er skaffet til veie, og nødvendig tilrettelegging er gjort.
- Det skal være vurdert om barnet kan ha behov for individuell plan.
- Foresatte/pasient har fått nødvendig opplæring og opplever tilstrekkelig trygghet med tanke på utskrivningen.
- Tilstrekkelig kompetanse til igangsetting av avtalt tjeneste må være på plass i kommunen.

6. Arbeidsbeskrivelse.

Henvisning til spesialisthelsetjenesten om tverrfaglig utredning, behandling eller oppfølging

Lege er henviser til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen må beskrive problemstilling som ønskes utredet. Henvisningen må inneholde en vurdering av barnets helsetilstand og konklusjon fra legeundersøkelse. Det gis informasjon om barnet har Individuell Plan eller koordinator/kontaktperson i kommunen.

Henvisningen må skje i samarbeid med foresatte.

Det skal også vedlegges dokumentasjon over kartlagte vansker og evaluering av utprøvde tiltak fra involverte instanser i kommunen, særlig ved henvisninger til Habiliteringstjenesten og til Barne og ungdomspsykiatrisk klinikk. For små barn under 3 år, og alle barn der det er indikasjoner på alvorlige tilstander eller tidsfaktoren vurderes å kunne gi tilleggsvansker, skal henvisningen håndteres, selv om det skulle mangle tverrfaglig dokumentasjon.

Henvisningen sendes St. Olavs Hospital ved Barne- og ungdomsklinikken, Trondsletten Habiliteringssenter eller Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. Mottagende instans vurderer hvor mest adekvat hjelp kan bli gitt i spesialisthelsetjenesten. Barnets foresatte får brev med kopi til

henvisende instanser om hvor og når vurdering kan forventes, inklusive eventuell behandlingsgaranti.

LENKE til

Henvisningsskjema barnehabilitering

<http://barnehabilitering.net/Henv.skjema%20bhab%2004.pdf>

Henvisningsskjema BUP

http://www.nfbui.no/pdf/Bupddata/Bup-skjema%201_09.pdf

Kontakt

ETTER TVERRFAGLIG UTREDNING ELLER POLIKLINISK BEHANDLING i spesialisthelsetjenesten

Kontakt for oppfølging fra én kommunal fagtjeneste

Spesialisthelsetjenesten sender henvendelse til den aktuelle kommunale tjenesten. Dersom det haster med å iverksette tiltak, tas det kontakt også muntlig. Mottaker skal ta muntlig kontakt med, eller sende brev til, foresatte og til henviser innen 5 virkedager om når hjelp kan settes i gang. Koordinerende enhet i kommunen involveres ved behov.

Trengs det oppfølging fra flere instanser i kommunen, tar barnets kontaktperson i spesialisthelsetjenesten kontakt med koordinerende enhet i kommunen og gir nødvendig muntlig og skriftlig informasjon. Det skal vurderes om barnet kan ha behov for Individuell Plan.

Det avtales samarbeidsmøte ved behov. Koordinator/kontaktperson i kommunen plikter å møte til avtalt samarbeidsmøte. Foresatte og fastlege innkalles alltid. Barnet deltar der det anses formålstjenlig. Andre aktuelle samarbeidspartnere inviteres etter avklaring med foresatte/barnet.

Aktuelle punkter for avklaring på møtet er;

- Diagnose – Hvilke utredninger/vurderinger er gjort.
 - Prognose og forventet utvikling.
 - Behov hos foreldre og søsken
 - Funksjonsbeskrivelse og hjelpebehov - antatt behov for nye eller økte tjenester.
 - Behov for videre kartlegging og vurderinger.
 - Behov for opplæring/veiledning i kommunen.
 - Behov for koordinert hjelp (habilitering) og individuell plan.
 - Ansvarsavklaring – hvem gjør hva, i forhold til behandling, oppfølging og individuell plan.
- Avklares mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen, barnet og foresatte. Navngi koordinator/kontaktperson både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Kontakt

FØR UTSKRIVNING FRA SENGEAVDELING

Avdelingen er ansvarlig for å ta kontakt med kommunens koordinerende enhet så snart det er klart at barnet vil få behov for koordinerte tjenester, helst i god tid **før** utskrivning av barnet er aktuelt. Kommunen skal gis oversikt over mulige tjenestebehov for å ha tid til å planlegge koordinerte tjenester.

Vurderer avdelingen at kriterier for individuell plan er oppfylt, skal foresatte/pasient informeres om dette. Avdelingen skal igangsette prosessen med utarbeiding av individuell plan dersom foreldrene ønsker dette, jfr. "Retningslinjer for informasjon om og utarbeidelse av individuell plan mellom kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital" (**Lenke**)

Det tilstrebes også at avdelingens behandlingsansvarlig lege/psykolog er i direkte kontakt med pasientens fastlege i denne delen av forløpet. Dette skal sikre at medisinsk ansvar og legenes oppgaver i den videre behandlingen og oppfølging av pasienten blir avklart så tydelig som mulig.

Samarbeid om utskriving.

Det tas **på nytt** kontakt med kommunens koordinerende enhet når avdelingen mener at tid for utskriving nærmer seg. Hensikten med kontakten er i samråd med pasient/foresatt og kommunen å planlegge utskrivingen og sikre koordinert hjelp. Avdelingen kaller da inn til Samarbeidsmøte om utskriving.

Avklaring med kommunen skjer innen 5 virkedager fra sykehuset tar kontakt. Enten møter kommunen til et møte med avdeling og pasient, eller det gjøres en avklaring per telefon om oppfølgingsbehov i kommunen.

Partene stiller med personer som har myndighet til å gjøre avtale om tjenester på vegne av spesialisthelsetjenesten og kommunen. Fastlege skal innkalles til møtet. Det enkelte barnet skal ha en kontaktperson både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen som skal delta på møtet. Møtetidspunkt bør tilpasses slik at alle de aktuelle personer kan møte.

På avklarende møter om tjenesteytingen deltar foresatte og eventuelt barnet, spesialisthelsetjeneste og bistandsyttere i kommunen.

Aktuelle punkter som skal avklares;

- Diagnose – Hvilke utredninger/vurderinger er gjort.
 - Prognose og forventet utvikling.
 - Behov hos foreldre og søsken
 - Funksjonsbeskrivelse og hjelpebehov - antatt behov for nye eller økte tjenester.
 - Behov for videre kartlegging og vurderinger.
 - Behov for opplæring/veiledning i kommunen.
 - Behov for koordinert hjelp (habilitering) og individuell plan.
 - Ansvarsavklaring – hvem gjør hva, i forhold til behandling, oppfølging og individuell plan.
- Avklares mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen, barnet og foresatte. Navngi koordinator/kontaktperson både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

På møtet skal det fylles ut avtalenotat (hyperlenke). Avtalenotatet skal beskrive hvem som gjør hva og når tiltakene skal iverksettes, samt dato for utskriving. Avtalen signeres av avdelingen og kommunen og det tas kopi til begge parter, samt forsatte/barnet.

Spesialisthelsetjenesten har anledning til å kreve betaling fra kommunen dersom pasienten må være innlagt etter avtalt utskrivingsdato i påvente av kommunale tjenester, jfr. forskrift om utskrivningsklare pasienter.

Dokumentasjon

Epikrise og poliklinikknotat fra Barne- og ungdomsklinikken og fra Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk skal sendes henvisende instans/fastlege hvis hensiktsmessig, innen 7 dager etter fullført utredning og/eller behandling. (Lenke EQS-prosedyre)

Opplysninger som er avgjørende å få formidlet, skal sendes med pasienten.

Større, tverrfaglige rapporter etter utredning sendes foresatte og øvrige aktuelle samarbeidspartnere innen 1 mnd etter samarbeidsmøtet.

Når andre enn henvisende instans/fastlege skal få epikrise og/eller rapport, avklares dette med pasienten (hvis over 16 år), eller de foresatte som gir samtykke på vegne av sitt barn. Barn mellom 12 og 16 år skal høres i denne sammenheng.

Det forutsettes at fastlege tar kontakt (skriftlig eller muntlig) med behandlingsansvarlig lege/psykolog ved St. Olavs Hospital ved behov for endringer i medisinsk behandling eller ved spørsmål og innspill knyttet til felles oppfølging.

7. Ved uenighet eller brudd på retningslinjene

Brudd på retningslinjene anses som avvik. Partene skal benytte avviksskjema/ forbedringsmeldinger fra egen organisasjon og dette skal sendes til Enhet for samhandling, St. Olavs Hospital.

Dersom partene ikke kommer til enighet om pasientens behov for tiltak etter utskriving, skal det sendes uenighetsprotokoll til Enhet for samhandling. Uenighetsprotokoll finnes på hjemmesiden til St. Olavs Hospital.

<http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/stolav/Sider/Virksomhetsportalen.aspx>

Både avviksmeldinger og uenighetsprotokoller sendes til:

St. Olavs Hospital.

Enhet for samhandling

Klinisk samarbeidsutvalg for barn og unge

Postboks 3250 Sluppen

7006 Trondheim

8. Iverksetting, evaluering og revidering av retningslinjene

Retningslinjen erstatter ”Retningslinjer for samarbeid på individnivå mellom kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital HF vedrørende habilitering/rehabilitering av barn og unge”.

Retningslinjene er godkjent av Administrativt Samarbeidsutvalg og gjelder fra dato dette blir gjort.

Retningslinjene er lagt ut på www.stolav.no

Retningslinjene evalueres etter 3 års erfaring, eventuelt før dersom en ser at det må gjøres forandringer. Klinisk Samarbeidsutvalg for Barn og Ungdom har ansvar for at retningslinjene revideres. Vesentlige endringer forutsettes behandlet i Administrativt samarbeidsutvalg.